

ENQUETE CAP DES AGENTS DE SANTE SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT DREPANOCYTAIRE A BAMAKO

MANAGEMENT OF SICKLE CELLS DISEASE BY HEALTH PROFESSIONALS IN BAMAKO

Toumani Sidibé¹, Hamadoun Sangho¹, Haoua Dembélé Keïta¹, Boureyma Belemou¹, Assan Sidibé Keïta¹, Baye Diakit¹, Dapa Diallo², , Oumahane Diallo Ouane⁴, Mahamadou Marouf Keïta³

1 : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant ; 2 : Service d'Hématologie oncologie médicale et Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie ; 3 : Service de Pédiatrie Hôpital Gabriel Touré ; 4 : Centre hospitalier Mère-Enfant « Le Luxembourg » - Bamako, Mali.

Auteur correspondant : Dr Hamadoun SANGHO, directeur du Centre de recherche d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant. BP 2109 Bamako, Tel (223) 223 21 55, Email: credos@afribonemali.net

RESUME : La drépanocytose est une affection génotypique, propre à la race noire, caractérisée par la présence d'une hémoglobine anormale S (HbS). Le but de notre étude était d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des prestataires de santé de Bamako sur la prise en charge des enfants drépanocytaires.

Nous avons réalisé une étude transversale à passage unique réalisée au niveau des centres de santé, de 140 agents de santé des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) fonctionnels et des Centres de Santé de Référence(CSRéf) des 6 communes de Bamako prenant en charge des enfants malades.

Notre étude a révélé qu'environ 72 % des agents de santé avaient un âge compris entre 24 et 39 ans ; 39% des agents étaient des Médecins; 77% des prestataires ne savaient pas le nom des solutés utilisés en cas de crise non compliquée de la drépanocytose. Parmi les prestataires, 81% savaient que la drépanocytose était une maladie du sang.

La prise en charge de l'enfant drépanocytaire souffre de l'insuffisance de connaissance des agents de santé et justifie une formation du personnel.

Mots-clefs : Drépanocytose ; agents de santé ; prise en charge ; Bamako.

Summary : The sickle cell disease is a genotypic affection, suited to the black race, characterized by the presence of an abnormal haemoglobin S (HbS). The purpose of this survey was to assess the knowledge, the attitudes and the practices of the health professionals on management of children with sickle cells diseases.

We carried out a cross-sectional survey in the health centres and involved 140 health professional of Community Health Centres (CSCOM) and 6 health districts in Bamako.

The study found that 72% of health professionals had between 24 and 39 year old ; 39% were physician; 77% didn't know the name of the drugs used in case of non complicate sickle cells diseas. Among the health professionals, 81% knew that the sickle cells disease was a blood illness.

Our findings suggest that management of children with sickle cells diseases was not performed better due to the knowledge insufficiency of health professionals. We recommend training the health staff.

Keys words: Management, Sickle cells disease, health professionals, Bamako.

INTRODUCTION :

La drépanocytose est une affection génétique caractérisée par la présence d'une hémoglobine anormale S (HbS). Sa transmission se fait de façon autosomique récessive. C'est une maladie qui est connue et bien documentée sur le plan scientifique Ses manifestations cliniques, précoces, sont aussi variées qu'elles n'ont pas la même présentation chez tous les malades. Elles débutent avant le 1^{er} anniversaire de l'enfant (6 à 9 mois) dans 77,5% des cas [1]. Les

manifestations les plus fréquentes sont les crises vaso-occlusives provoquées par l'ischémie locale (osseuse, abdominale, etc.), les crises anémiques, le syndrome thoracique évoquant généralement un cas d'infection pulmonaire.

La drépanocytose constitue, aujourd'hui, un problème majeur de santé publique. Mais au Mali, la drépanocytose reste peu explorée comme dans beaucoup d'autres pays en développement. Elle semble peu connue par les prestataires de santé au Mali puisque

52,5% des malades ont été dépistés entre 1-5 ans alors que 77,5% se sont révélés avant l'âge d'un an [2]. La thérapeutique semble peu maîtrisée par les prestataires de santé au Mali et la prévention n'est pas appliquée de façon rigoureuse pour différentes raisons. La prise en charge de l'enfant drépanocytaire souffre de l'insuffisance de connaissance des agents de santé et justifie des programmes de formation spécifiques des agents de santé sur la prise en charge de la drépanocytose à Bamako.

Face à cette situation le CREDOS a décidé de susciter et coordonner une réflexion approfondie pour améliorer la prise en charge préventive et curative de la drépanocytose au Mali. Cela nécessite un certain nombre de préalables tels qu'une enquête sur les connaissances et pratiques des agents socio-sanitaires qui assurent la prise en charge des enfants drépanocytaires au niveau des CSCOM/CSAR et des CSRéf.

METHODOLOGIE :

IL s'agit d'une étude transversale à passage unique au niveau des prestataires de santé. Elle s'est déroulée du 7 au 16 octobre 2002 dans le district de Bamako, dans les 6 communes, au niveau des CSCOM fonctionnels et des Centres de Santé de Référence. Dans les 44 CSCOM et 6 CSRéf, l'étude a concerné 140 agents de santé recevant des enfants malades choisis ainsi : 2 agents par CSCOM et en moyenne 4 agents par CSRéf.

Etait inclus, tout agent de santé prenant en charge les enfants malades et exerçant dans les CSCOM et CSRéf dans le district de Bamako.

Un questionnaire a été administré à chaque agent de santé sélectionné, après consentement éclairé, par des enquêteurs préalablement formés à l'utilisation du questionnaire, dans l'après midi pour des raisons de disponibilité. La méthode utilisée fut l'interview pour évaluer:

- Les connaissances dont les questions portaient, essentiellement, sur: les manifestations cliniques, les complications, les facteurs déclenchants, les sources d'informations de ces connaissances.

- Les attitudes concernaient le traitement traditionnel ou moderne.

- Les pratiques : prise en charge de la crise drépanocytaire, prise en charge de l'anémie chez l'enfant drépanocytaire, périodicité du suivi, bilan périodique.

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé le logiciel EPI-info. Le test statistique khi 2 a été utilisé, un risque α de 5% a été consenti.

RESULTATS

1. **Caractéristiques des agents de santé enquêtés :** L'enquête a été conduite auprès de 140 agents dont 79% (110/140) venant des CSCOM fonctionnels et 21% (30/140) venant des CSRéf du District de Bamako. Il y avait une forte représentation des médecins généralistes 39% (55/140) et 4% (5/140) de spécialistes.

Les femmes étaient majoritaires avec 54 %. Environ 72% des agents avaient un âge compris entre 24 et 39 ans avec les extrêmes de 24 et 66 ans.

Au cours de la formation initiale, les médecins ont reçu plus d'information sur la drépanocytose (P = 0,0000015).

2. **Connaissance des agents de santé :** Les 140 agents de santé ont affirmé connaître la drépanocytose. Si 81% des agents savaient que la drépanocytose était une maladie du sang, seulement 47% la définissaient de façon précise comme une hémoglobinopathie (Tableau I). La différence entre les médecins et les non médecins était significative (P = 0,004).

La transmission de la maladie à partir des parents a été évoquée par 91% des prestataires. Seulement 43 % des prestataires savaient que la drépanocytose se manifestait entre 0-1 an.

La douleur ostéo-articulaire (63%), la douleur abdominale (11%) et la pâleur conjonctivale (10%) ont été les plus citées par les prestataires comme signes cliniques de la crise drépanocytaire. Le rhumatisme articulaire aigu a été cité comme le principal diagnostic différentiel (32%). Quant aux signes cliniques de gravité, la déglobulisation aiguë était la plus citée (36%) par opposition à la séquestration splénique (4%). Aucun signe de gravité n'a été cité par 26% des prestataires (Tableau II).

Le froid (51%), l'infection (14%), la fatigue (14%), l'hypoxie (14%) et l'hyperthermie (11%) étaient les cinq facteurs déclenchants de la crise les plus cités (Tableau III).

Si 89% des agents ont pu citer une forme de drépanocytose, seulement 9% ont pu citer 4 formes de drépanocytose. La forme SS était citée par 84% des agents comme étant la forme la plus grave. Mais 10% des

prestataires ne se sont pas prononcés (Tableau IV).

Environ 77% des prestataires ne savaient pas le nom des solutés utilisés en cas de crise non compliquée de la drépanocytose. Les antalgiques ont été les principaux médicaments prescrits en cas de drépanocytose (40%) contre 14% pour la réhydratation.

3. **Attitude des agents de santé :** En l'absence de laboratoire dans leur centre, l'attitude des agents de santé était de diriger les cas suspects de drépanocytose vers un laboratoire où on peut faire le test d'Emmel selon 90,66% des prestataires et l'électrophorèse de l'hémoglobine (87%). Cependant 4% des prestataires ont opté pour un traitement présomptif.

Devant un cas compliqué le malade était préférentiellement référé selon 94% des agents qui estimaient que c'est une maladie compliquée et grave. La référence est surtout faite vers le pédiatre dans 46% des cas, les autres spécialistes dans 11% des cas et l'hématologiste dans 15% des cas. Le médecin et le non médecin réfèrent les cas compliqués sans différence significative ($P = 0,62$).

4. **Pratiques des agents de santé :** Environ 51% des prestataires ont déjà eu à traiter un enfant drépanocytaire et 82% l'ont fait en cours d'emploi.

L'amoxicilline était l'antibiotique le plus utilisé en cas de crise drépanocytaire (70%) contre 4% pour l'érythromycine ou pénicilline V.

L'anémie avec un taux d'hémoglobine inférieur à 7g/100 ml était le critère de transfusion pour 55% des agents et 40% n'ont cité aucun critère.

Dans un souci de prévention, seuls 39% des agents recommandaient d'autres vaccins chez l'enfant drépanocytaire en dehors de ceux du PEV-Mali et il s'agit essentiellement de médecins ($P = 0,00018$). Et on se rend compte que 76% des prestataires n'arrivaient à citer aucun vaccin recommandé en dehors du PEV. Seulement 30% proposaient la prévention des facteurs à risque pour éviter les crises.

DISCUSSIONS

1. Caractéristiques des agents de santé enquêtés : Les agents de santé étaient en général jeunes puisque 72% des personnes avaient un âge compris entre 24 - 39 ans. Cette jeunesse du personnel était retrouvée

également dans les zones de Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement du Jeune Enfant (SASDE) où 78 % des agents avaient moins de 40 ans [4].

Le sexe féminin prédominait (54%). Ce qui est une caractéristique du District de Bamako. Lors de l'enquête dans les zones couvertes par la SASDE, en milieu rural, on a trouvé que le personnel masculin représentait environ 4/5 (22/27) de l'effectif socio-sanitaire.

Du point de vue qualification 39% des agents étaient des médecins alors que dans les zones SASDE ce taux est de 15% (4/27). Dans la politique sanitaire du Mali, les CSCOM doivent être tenus par des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE). Mais dans les zones urbaines comme Bamako la tendance est de mettre des Médecins à ces postes. Ce qui pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité des soins par le relèvement du niveau de qualification du chef de poste médical des CSCOM.

2. Connaissance des agents de santé en matière de drépanocytose : Environ 40% des agents prescrivent les antalgiques devant une crise non compliquée. Les deux antalgiques, les plus connus sont l'aspirine (38%) et le paracétamol (42%). Mais 9% des agents ne donnent le nom d'aucun médicament. Lorsqu'on sait que la base du traitement actuel est l'hyperhydratation, on est étonné de voir que 77% des agents ne donnent le nom d'aucun soluté.

Dans une étude au Togo Assimadi et al ont trouvé que 85 % des prescripteurs utilisaient les antalgiques, 38 % les anti-inflammatoires, 58 % les vasodilatateurs.

3. La pratique des agents de santé en matière de drépanocytose : Du point de vue expérience en matière de prise en charge de la drépanocytose 51% des agents avaient déjà eu à traiter un enfant drépanocytaire. L'acquisition de cette expérience s'est faite plus en cours d'emploi (82%) qu'en cours de stage (60%). Cela suppose une insuffisance de pratique en la matière lors de la formation initiale.

La transfusion est un acte rare dans la prise en charge des enfants drépanocytaires. Seuls 12% (17/140) des agents ont eu recours à cela. Il est à remarquer que les médecins transfusaient plus que les non médecins ($P = 0,00033$). L'indication donnée est essentiellement l'anémie dans les 14 cas sur 17. Pour 55% des prestataires la

transfusion est indiquée lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à 7g/100ml.

CONCLUSION

La qualité de la prise en charge de l'enfant drépanocytaire souffre de l'insuffisance de connaissance et de pratique des agents de santé ; insuffisance encore plus marquée chez les non médecins que chez les médecins.

La correction des lacunes constatées doit être envisagée non seulement en cours d'emploi mais surtout lors de la formation initiale grâce à la mise à disposition d'outils pédagogiques adaptés permettant une prise en charge standardisée selon les niveaux.

RÉFÉRENCES

- 1) **GBADOË AD.; FOIVI K., et al.** Traitement de la crise vaso-occlusive drépanocytaire. Enquête auprès du personnel soignant de la commune de Lomé (Togo). Ann Pediatr 1999 ; 46, N°3 : 193-8.
- 2) **TRAORE R.** - Prise en charge de la drépanocytose chez les enfants de 0-15 ans dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré (Bamako). Thèse de médecine, Bamako, 2002, P61.
- 3) **HERRICK J.B.** - Peculiar elongated and sickle-shaped red blood corpuscles in a case of severe anaemia. Arch Intern Med, 1990; 6: 517-21.
- 4) **KONATE F. I.** Prise en charge des enfants en matière de nutrition dans les districts sanitaires couverts par la SASDE au Mali. Thèse de médecine, Bamako 2004, P147.

Tableau I : Répartition des agents enquêtés selon leur définition de la drépanocytose.

Définition	Effectif	%
Hémoglobinopathie	66	47
Maladie du sang	47	34
Maladie des articulations	16	11
Autres	8	6
Ne sait pas (NSP)	3	2
Total	140	
100		

Tableau II : Répartition des agents de santé enquêtés selon leur connaissance sur les signes cliniques de gravité de la crise drépanocytaire.

Signes de gravité	Effectif	%
Déglobulisation aiguë	50	36
Séquestration	5	4
Autres	48	34
NSP	37	26
TOTAL	140	100

Tableau III : Répartition des agents enquêtés selon leur connaissance sur les facteurs déclenchant la crise drépanocytaire.

Facteurs déclenchant isolés	Facteurs additionnels	Total	%	
(N= 140)				
Hypoxie	3	16	19	14
Infection	2	18	20	14
Stress	1	6	7	5
Fatigue	1	19	20	14
Exercice physique intense	1	12	13	9
Froid	49	23	72	51
Hyperthermie	1	15	16	11
Déshydratation	0	13	13	9
Acidose	0	3	3	2
Autres	4	0	4	3
NSP	0	0	10	7

Tableau IV : Répartition des agents enquêtés selon leur connaissance des différentes formes de la drépanocytose.

Différentes formes	Effectif
Pourcentage	
SS, AS, SC, SF	12
SS, AS, SC	34
SS, AS	66
SS, SC	5
SS	4
AS	4
Autres	15
Total	140
	100